

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN SELVITYKSIÄ 1999:4

**Avoimia šekkejä vai hyvää hoitoa?
Lääkärityön erilaiset korvausperusteet**

Jutta Niemelä

**SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ
Helsinki 1999**

KUVAILEHTI

Julkaisija

Sosiaali- ja terveysministeriö

Julkaisun päivämäärä

11.3.1999

Tekijät (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja, sihteeri)

Jutta Niemelä

Julkaisun laji

Selvitys

Toimeksiantaja

Sosiaali- ja terveysministeriö

Toimielimen asettamispvm

Julkaisun nimi (myös ruotsinkielinen)

Avoimia šekkejä vai hyvää hoitoa? Lääkäriyön erilaiset korvausperusteet

Julkaisun osat

Tiivistelmä

Lääkäriyön erilaiset korvausperusteet ovat nousseet esille viime aikoina useissa yhteyksissä. Tässä raportissa kerrotaan erilaisista perusteista, joiden mukaan lääkäreille voidaan maksaa rahallinen korvaus heidän työstään. Pääasialliset perusteet ovat suoriteperusteinen korvaus, kuukausipalkka ja kapitaatio. Näiden lisäksi lääkäreille voidaan maksaa erilaisia lisiä kokemuksen tai muiden ansioiden perusteella. Kaikissa korvausperusteissa on omat hyvät ja huonot puolensa. Korvausperuste onkin valittava sen mukaan, minkälaisia vaikutuksia korvauksella halutaan erityisesti saavuttaa.

Avainsana: (asiasanat)

korvausperuste, suoriteperusteinen palkkio, kuukausipalkka, kapitaatio

Muut tiedot

Sarjan nimi ja numero

Sosiaali- ja terveysministeriön
selvityksiä 1999:4

ISSN

1236-2115

ISBN

952-00-0589-7

Kokonaissivumäärä

27

Kieli

suomi

Hinta

45 mk (sis alv.)

Luottamuksellisuus

julkinen

Jakaja

Sosiaali- ja terveysministeriö

Kustantaja

Sosiaali- ja terveysministeriö

Esipuhe

Lääkärityön korvausperusteet ovat viime aikoina nousseet esille useissa yhteyksissä.

Lääkärityön korvausperusteisiin liittyviä kysymyksiä pohdittiin lääkärin uutta palkkasopimusta solmittaessa vuonna 1998. Lääkärityön korvausperusteet on sisällytetty myös sosiaali- ja terveysministeriön Terveystalouden 2000-luvulle -toimenpideohjelmaan. Toimenpideohjelman mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöstön palkkausperusteiden toiminnalliset ja taloudelliset vaikutukset selvitetään. Vastuutahoina ovat sosiaali- ja terveysministeriö sekä Kunnallinen työmarkkinalaitos.

Lääkärityön korvausperusteet otettiin esille myös OECD:n laatimassa Suomen kansantalouden maa-arvioraportissa elokuussa 1998. Raportissa terveydenhuoltoa käsiteltiin erillisteemana. Raportissa suositeltiin julkisen sektorin lääkäreiden palkkausjärjestelmän uudelleenarviointia.

Sosiaali- ja terveysministeriö toivoo tämän raportin antavan lisää aineksia lääkäreiden palkkioista käytävään keskusteluun.

Helsingissä 11 päivänä maaliskuuta 1999

Ylijohtaja Kimmo Leppo

Sisällys

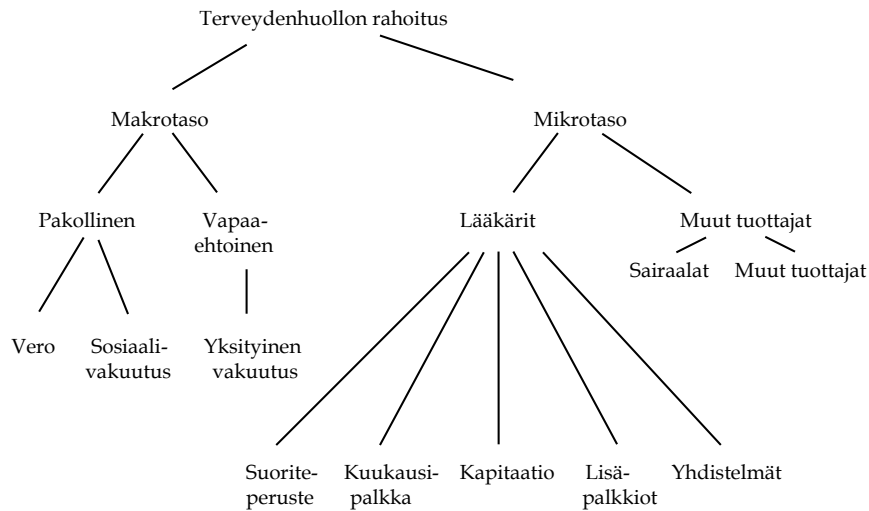
	Sivu
1. Johdanto	1
2. Lääkäri työn erityispiirteet	3
3. Eri korvausperusteet	4
3.1. Retrospektiiviset korvaukset	5
Suoriteperusteinen palkkio	5
3.2. Prospektiiviset korvaukset	10
Kuukausipalkka	10
Kapitaatio	12
3.3. Lisäpalkkiot	14
3.4. Korvausperusteiden yhdistelmä	15
4. Lopuksi	16
Kirjallisuusluettelo	19

LIITTEET

1. Johdanto

Terveysthuollon rahoitus voidaan jakaa rahoitukseen makrotasolla ja mikrotasolla (kaavio 1). Makrotasolla rahoitus jakautuu pakolliseen ja vapaaehtoiseen rahoitukseen. Pakollisia rahoitusmuotoja ovat verotus ja sairausvakuutus, vapaaehtoisia esimerkiksi yksityiset vakuutukset. Mikrotasolla rahoitus voidaan puolestaan jakaa lääkäreille maksettaviin korvauksiin sekä muille tuottajille (esimerkiksi sairaaloille) maksettaviin korvauksiin. Tässä raportissa käsitellään lääkäriyön korvausperusteita, jotka ovat tulossa maassamme aiempaa perusteellisempaan keskusteluun.

Kaavio 1. Terveysthuollon rahoitus makro- ja mikrotasolla



OECD julkisti elokuussa 1998 Suomea käsittelevän maatutkintaraportin ja siihen erillisteemana sisältyvän luvun Suomen terveydenhuollosta. Terveydenhuoltoa käsittelevässä osuudessa kiinnitettiin huomiota julkisen sektorin lääkäreiden nykyiseen palkkausjärjestelmään. Raportissa todettiin, että lääkäreiden kuukausipalkka todennäköisesti heikentää palveluiden tuottavuutta ja aiheuttaa tarpeettomia läheteitä erikoissairaanhoidon. Raportin mukaan nykyinen palkkausjärjestelmä on lisäksi myötävaikuttanut siihen, että julkisen sektorin sairaalalääkärit pitävät yksityisvastaanottoa päätyönsä ohella.

OECD-raportissa suositeltiin julkisen sektorin lääkäreiden palkkausjärjestelmän muuttamista. Yhdistelmä kuukausipalkasta, kapitaatiopalkkiosta (jossa on otettu huomioon lääkärille listautuneen väestön ikä- ja sukupuolijakauma) ja suoriteperusteisesta palkkiosta saattaisi vähentää edellä mainittuja epäkohtia. OECD:n mukaan määrittämällä kuukausipalkan osuus huomattavaksi voitaisiin hillitä kustannuskehitystä, kapitaatioperuste rohkaisisi nykyistä pysyvämpiin hoitosuhteisiin ja suoriteperusteinen korvaus antaisi sairaala- ja terveyskeskuslääkäreille kannusteen palvelujensa lisäämiseen.

Lääkäreiden työn korvausperiaatteet on otettu esille myös Terveydenhuolto 2000-luvulle -toimenpideohjelmassa. Siinä todetaan, että terveydenhuollon ammattihenkilöstön palkkauserusteiden toiminnalliset ja taloudelliset vaikutukset selvitetään. Selvityksen vastuutahoiksi mainitaan sosiaali- ja terveysministeriö sekä Kunnallinen työmarkkinalaitos. Myös Suomen Lääkäriliitto on äskettäin ottanut esille tämän aihepiirin ja pohtinut muun muassa suoritepalkkauksen soveltuvuutta lääkäriyöhön.

Lääkäriyön korvauskysymykset eivät ole olleet esillä pelkästään Suomessa. Englannissa on suunniteltu terveydenhuollon henkilöstön palkkausjärjestelmän radikaalia muuttamista. Englannin hallituksen ehdotuksen mukaan ter-

veydenhuollon henkilöstön lukuisiin palkkataulukoihin ja –asteikkoihin perustunut palkkausjärjestelmä sulautetaan kolmeksi eri kategoriaksi: yksi kategoria lääkäreille ja hammaslääkäreille, toinen hoitajille ja kolmas muulle henkilöstölle.

Englannissa lääkäreille suunniteltu palkkausmenettely palkitsisi erityisesti niitä, jotka eniten työskentelevät Englannin terveydenhuoltojärjestelmän, NHS:n, hyväksi. Toisin sanoen palkkauksessa korostettaisiin myös vastuuta ja hoidon lopputuloksia. Lisäksi lääkärit voisivat saada lisiä koko hoitotiimin hyvästä työskentelystä.

2. Lääkäriyön erityispiirteet

Erityyppiset lääkäriyön korvausperusteet sisältävät taloudellisia yllykkeitä. Ne vaikuttavat moniin asioihin kuten asiakkaiden hoitoonpääsyyn, voimavarojen tehokkaaseen käyttöön, palvelujen laatuun, hoitoketjuihin, asiakkaiden valinnanvapauteen, lääkärin kokonaisvaltaiseen suhtautumiseen vastuuväestönsä, kliiniseen autonomiaan sekä palvelujen kustannuksiin ja hallintoon.

Kun suunnitellaan, minkälaisin perustein lääkäreille pitäisi maksaa korvaus heidän työstään, täytyy tuntea lääkärin rooliin sisältyvät erityispiirteet sekä tietää, mitkä tavoitteet ja rajoitteet määräävät lääkäreiden käyttäytymistä.

Lääkäri toimii toisaalta potilaan intressissä ja tämän neuvonantajana, koska potilaan tietämys sairauksista ja niiden hoidosta on riittämätöntä. Tällöin lääkäri toimii potilaan agenttina. Toisaalta lääkäri myös tuottaa palveluja ja saa korvauksen tästä. Hänellä on omat intressinsä esimerkiksi tulojen hankkiminen tai tiettyjen ammatillisten tavoitteiden saavuttaminen. Lääkäri on siten ainutlaa-

tuisessa asemassa, jossa hän toimii sekä palvelujen kysyjänä että tuottajana. Tämä voi aiheuttaa ristiriitaa lääkärin ja potilaan näkemysten kesken.

Lääkärin pitäisi itseasiassa edustaa vielä yhteiskunnan intressejä. Koska lääkäri tekee päätöksiä, joilla saattaa olla huomattavia yhteiskunnallisia vaikutuksia ja koska lääkäri käyttää niukkoja terveydenhuollon voimavaroja tehdessään päätöksiään, on hän myös vastuussa palvelujen rahoittajalle ja koko yhteiskunnalle. Yhteiskunnallinen intressi saattaa olla ristiriidassa potilaan ja lääkärin omien intressien kanssa.

Edellä kuvattujen erityispiirteiden lisäksi lääkärin tuottamiin tutkimus- ja hoitotoimenpiteisiin sisältyy paljon epävarmuutta. Usein ei ole varmaa, mikä hoidon terveydellinen lopputulos on.

Mainittujen erityispiirteiden takia lääkäri voi olla monenlaisten yllykkeiden riskitilussa. Tämä heijastuu ymmärrettävästi hänen toimintaansa.

3. Eri korvausperusteet

On olemassa kolme pääasiallista menettelyä korvata lääkäreille heidän työstään. Nämä ovat suoriteperusteinen palkkio, kuukausipalkka ja kapitaatio. Edellä mainittujen lisäksi voidaan maksaa erillisiä lisiä esimerkiksi lääkärin kokemuksen ja muiden ansioiden perusteella. Usein käytännössä lääkärin saama korvaus perustuu useampaan kuin yhteen korvausperusteeseen.

Korvaukset voidaan jakaa kahteen ryhmään:

- Retrospektiiviset korvaukset
(korvaus maksetaan jälkikäteen kustannusten perusteella)

- Prospektiiviset korvaukset
(korvaus sovitaan etukäteen)

Suoriteperusteinen korvaus on retrospektiivinen korvaus. Lääkärin tuloista ei sovita etukäteen, vaan ne määräytyvät lääkärin tekemien toimenpiteiden ja tutkimusten määrän sekä niiden suoritekohtaisten korvausten (jotka on voitu sopia etukäteen) perusteella. Prospektiivisessa korvauksessa kuten kapitaatiossa maksetaan vastuusta ja sen suuruus on ennalta määritetty. Kuukausipalkka on myös prospektiivinen korvaus.

Edellä mainittuja korvausperusteita käytetään yksin tai yhdistettyinä erilaisine lisineen eri puolilla maailmaa. Yleensä korvausperusteen valinta on perustunut lääkäreiden tulojen määrittelemiseen ja toisaalta terveydenhuollon kokonaiskustannusten hillitsemiseen. Kun korvauksista on lääkäreiden kanssa sovittu, ei ole juurikaan kiinnitetty huomiota terveystaloudellisiin vaikutuksiin kuten siihen, miten korvausperuste kannustaa väestön terveyden edistämiseen.

3.1. Retrospektiiviset korvaukset

Suoriteperusteinen palkkio

Suoriteperusteinen palkkio (engl. fee-for-service) tarkoittaa sitä, että lääkärille maksetaan korvaus tietyn palvelun suorittamisesta. Tällainen voi olla esimerkiksi potilaan kliininen tutkiminen, poskiontelohuuhtelu tai mahantähystys.

Suoriteperusteista palkkiota on käytetty sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Suoriteperusteinen palkkio on käytössä esimerkiksi Saksassa, Ranskassa (1. sektorin lääkärit), Kanadassa ja Japanissa.

Lääkärin saama kokonaiskorvaus suoriteperusteista korvausta käytettäessä voidaan esittää seuraavasti:

$$R = \sum_{i=1}^m N_i * F_i$$

jossa R = lääkärin saama tulo
 F_i = toimenpiteen i palkkio
 N_i = toimenpiteen i määrä
 m = erilaisten toimenpiteiden lukumäärä

F_i on voitu sopia etukäteen rahoittajan kuten vakuutusyhtiön kanssa. Sen sijaan R :n arvoa ei ole sovittu etukäteen, joten suoriteperusteinen korvaus on luonteeltaan retrospektiivinen. Lääkärin saama kokonaiskorvaus muodostuu siis sen mukaan, paljonko hän tekee töitä suoritteina.

Yksittäisen toimenpiteen (F_i) suuruudesta neuvotellaan ja sovitaan usein lääkäreitä ja rahoittajaa (sairaskassaa tai vakuutusyhtiötä) edustavien järjestöjen neuvotteluissa. Näin on esimerkiksi Saksassa. Eräissä maissa, kuten Australiassa, lääkäri saa itse päättää F_i :stä. Viimeksi mainitussa tapauksessa sairaskassa tai muu terveysviranomaislaati usein suosituksen F_i :lle, jota lääkärin ei kuitenkaan tarvitse noudattaa. Sairausvakuutus ei välttämättä korvaa tällöin potilaalle kaikkia hoidosta aiheutuneita kuluja vaan ainoastaan laaditun suosituksen mukaisesti.

Suoriteperusteisen palkkion hyvinä puolina pidetään sitä, että se kannustaa tuottavuuteen, hoidon jatkuvuuteen, luo joustavuutta ja vähentää odotusaikoja. Koska tällaisessa järjestelyssä potilaan ei välttämättä tarvitse listautua jollekin lääkärille, antaa se myös valinnanvapauksia potilaille. Lääkärin perimien korvausten perusteella nähdään, mitä tutkimuksia ja toimenpiteitä potilaalle on tehty. Siten lääkärin toiminta on läpinäkyvää.

Suoriteperusteinen palkkio saattaa olla erityisen hyödyllinen silloin, kun jokin tavoite halutaan saavuttaa mahdollisimman hyvin. Tällainen voi olla esimerkiksi väestön rokottaminen sataprosenttisesti.

Mutta kuten edellä olevasta yhtälöstä näkee, pelkästään yksittäisten palvelujen hinnoista sopiminen ei riitä hillitsemään kokonaiskustannuksia. Jos vain F_i :n suuruudesta on sovittu, lääkäri voi edelleen päättää tuotettavista toimenpiteistä.

Näin ollen suoriteperusteinen palkkio antaa lääkäreille yllykkeen vaikuttaa siihen, miten paljon ja minkälaisia palveluja he tekevät ja siten kasvattaa palvelujen määrää ja laatua sekä samalla lisää saamiaan tuloja. Suoriteperusteinen palkkio vastaa hyvin kysyntään, mutta ei välttämättä potilaiden tarpeisiin eikä se kannusta tieteelliseen näyttöön perustuviin toimenpiteisiin.

Tuottajasta lähtevää kysyntää (engl. *supplier-induced demand*) pidetäänkin erityisesti suoriteperusteisen palkkion ongelmana, ei niinkään muun tyyppisten korvausperusteiden. Tuottajasta lähtevä kysyntä tarkoittaa lääkäreiden mahdollisuutta suosia tai aiheuttaa omien palvelujensa kysyntää.

Tuottajasta lähtevään kysyntään viittaavat muun muassa hoitokäytäntöerot maasta toiseen. Kun on verrattu kirurgisten toimenpiteiden määrää eri maissa, niin suoriteperusteista palkkiota käyttävissä maissa tehtyjen toimenpiteiden määrä on ollut suurempi kuin niissä maissa, joissa on ollut muunlainen korvausperuste. Vertailuissa on otettu huomioon muun muassa väestön ikä- ja sukupuolijakauma sekä sairastavuus. Lisäksi on tehty tutkimuksia, joissa on tarkasteltu lääkäreiden määrää suhteessa väestön suuruuteen tietyllä maantieteellisellä alueella. Kun lääkäreiden määrä on kasvanut, lääkärit ovat lisänneet palvelujensa määrää. Tämän on ajateltu johtuvan siitä, että he ovat lisänneet

palvelutarjontaansa ylläpitääkseen tietyn ansiotulotason. Tällaisella ilmiöllä saattaa tosin olla muitakin selityksiä, esimerkiksi asiakkaiden odotus- ja matkustusajat pienenevät lääkäreiden paremman saatavuuden ansiosta, jolloin palveluiden kysyntä kasvaa.

Suoriteperusteisen korvauksen sopivuus vaihtelee paljon erikoisaloittain. Joillakin erikoisaloilla (esimerkiksi kirurgiassa) on helppo eritellä toimenpiteet kun taas esimerkiksi psykiatriassa se on oleellisesti vaikeampaa. Tästä syystä lääkärikunnan keskuudessa on eroja suhtautumisessa suoriteperusteiseen korvaukseen.

Tanskassa tehtiin vuosina 1987-88 tutkimus, jossa selvitettiin yleislääkäreiden palkkiojärjestelmän muutoksen vaikutuksia yleislääkäreiden toimintaan. Palkkiojärjestelmää muutettiin kapitaatiopalkkiosta kapitaation ja suoriteperusteisen palkkauksen yhdistelmään. Muutos tehtiin Kööpenhaminan kaupungissa. Tuloksia verrattiin Kööpenhaminan maakuntaan, jossa muutoksia ei tehty, vaan jossa yhdistelmäpalkkio oli jo käytössä. Tutkimuksen tulos oli se, että potilaskäyntien määrä ei kasvanut, vaikka suoriteperusteinen palkkaus otettiin käyttöön. Mutta niiden tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden määrä, joista lääkärit saivat lisäkorvauksen, kasvoi merkittävästi. Läheteiden määrä erikoissairaanhoidon puolestaan väheni.

Suoriteperusteisen palkkion ongelmia on myös vaivihkaa tapahtuva ns. fee-creep -ilmiö. Fee-creep merkitsee sitä, että lääkäri saattaa väärinkäyttää määritettyjä taksoja saadakseen mahdollisimman paljon tuloja. Jos lääkäri voi valita eri toimenpiteistä, joiden korvaus on eri suuri, saattaa lääkäri valita kalliimman vaihtoehdon. Esimerkiksi vertailut tavallisen alatiesynnytyksen ja keisarinleikkauksen määristä ovat viitanneet siihen, että keisarinleikkauksen kalliimpi hinta on johtanut sen suurempaan käyttöön.

Suoriteperusteisen palkkion ongelmina saattaa olla lisäksi se, että lääkärit eivät ehkä ole halukkaita delegeimaan joitakin työtehtäviä muille, erityisesti hoitajille.

Koska suoriteperusteinen palkkio on käytännössä ”avoin šekki”, on monissa maissa alettu säädellä myös yhtälön muita muuttujia kuten R:ää. Esimerkiksi Saksassa avohoidon kokonaiskustannuksille on määritetty yläraja. Jos kustannukset menevät yli kyseisen rajan, lääkäreiden tuloja pienennetään. Käytännössä tämä tapahtuu siten, että Saksassa on osavaltioittain annettu pisteitä 2500 eri terveyspalvelulle. Kullekin pisteelle määritellään hinta alueittain. Alueen lääkärit saavat käyttää palveluihinsa ennalta määritellyn kokonaissumman. Jos kyseinen kokonaissumma ylittyy, pienennetään yhden pisteen hintaa.

Luxemburgissa voidaan palvelujen kokonaistarjonnan kasvu ottaa huomioon yksittäisten toimenpiteiden hinnoista neuvoteltaessa. Yhdysvalloissa on puolestaan eräiden Medicare –palvelujen menoille laadittu tavoitteelliset määrät. Myös muita keinoja on käytetty hillitsemään suoriteperusteisten palkkioiden aiheuttamaa kustannusten kasvua kuten esimerkiksi viitehintoja, sanktioita ylityksistä tai suosituksia tarjottavista palvelujen määristä.

Näyttää siltä, että tiukkaa kontrollia ja seuranta tarvitaan, jos suoriteperusteista palkkiota käytetään. Suoriteperusteiseen palkkioon liittyviin ongelmiin on olemassa lähinnä kaksi vaihtoehtoista ratkaisua. Ensinnäkin valtion tai muun kolmannen osapuolen, kuten rahoittajan, on osallistuttava suoriteperusteisten palkkioiden tiukkaan säätelyyn. Näin tehdään Saksassa, Australiassa ja Kanadassa kuten edellä tuli jo ilmi. Toinen vaihtoehto on, että siirrytään kokonaan toiseen korvausperusteeseen.

Ensiksi mainittu vaihtoehto johtaa vääjäämättä julkisen vallan ja lääkäreiden ammattikunnan väliseen konfliktiin. Jos asiaa ajattelee positiivisesti, niin tällöin voimakas tuottaja kohtaa voimakkaan palvelujen järjestäjän. Tuloksena on todennäköisesti jonkinlainen kompromissi. Tilanne on tietenkin aivan toisenlainen, jos toinen osapuolista on hajautunut ja toinen on vahva.

Suoriteperusteisen palkkion tiukka säätely merkitsee myös huomattavia hallinnollisia kuluja. Lääkäreiden etujärjestöjen kanssa käytävät neuvottelut, palvelujen määrittely ja hinnoittelu sekä toiminnan seuranta eivät ole ilmaisia.

3.2. Prospektiiviset korvaukset

Kuukausipalkka

Kuukausipalkka (engl. salary) merkitsee sitä, että lääkäri tekee työtä tietyn sovittun tuntimäärän kuukaudessa ja että hänelle maksetaan tietty, ennalta sovittu korvaus. Hänelle ei makseta tehtyjen suoritteiden tai tutkittujen potilaiden määrän perusteella, vaan sen ajan perusteella, jonka mukaan hän antaa työaikaansa työnantajalle. Kuukausipalkkaa voidaan suurentaa myöntämällä kokemuslisiä ja/tai syrjäseutulisiä. Syrjäseutulisät ovat perusteena palvelujen alueellisen saatavuuden tasapuolisuuden turvaamiselle.

Lääkäreille maksetaan kuukausipalkkaa muun muassa Ruotsissa (myös jonkin verran kapitaatiota), Kreikassa ja Portugalissa. Kuukausipalkan suuruudesta neuvotellaan usein lääkäreiden etujärjestön ja valtion tai muun terveysviranomaisen kesken.

Kuukausipalkan etuna on se, että lääkäreiden palkkojen kustannukset tiedetään etukäteen ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksia voidaan suoraan hallita. Palkan suuruutta voidaan periaatteessa muutella työpanosta vastaavas-

ti. Käytännössä muuttelu on hankalampi toteuttaa kuin suoriteperusteisessa korvauksessa. Kuukausipalkassa ei ole sellaisia taloudellisia yllykkeitä, jotka saisivat toimimaan vastoin ammatillista tietämystä. Se on myös hallinnollisesti yksinkertainen.

Kuukausipalkan huonoja puolia on, että se ei kannusta tuottavuuteen. Palkka tulee joka tapauksessa työn määrästä ja laadusta riippumatta. Kuukausipalkkaan ei sisälly kannusteita ottaa huomioon potilaiden toiveet ja preferenssit. Saattaa myös olla, että työnantajan tai toimipaikan johdon tyydyttämistä pidetään tärkeämpänä kuin sitä, että vastattaisiin mahdollisimman hyvin potilaiden ja väestön terveystarpeisiin. Kuukausipalkka saattaa myös yllyttää minimoimaan oma työaika ja -määrä lyhentämällä potilasta kohden käytettyä aikaa ja lähettämällä potilaita muualle jatkohoitoon. Hoidon jatkuvuus saattaa kärsiä, jos lääkärit muuttavat toimipaikasta toiseen esimerkiksi siitä syystä, että heillä ei ole taloudellista intressiä jatkaa toimipaikassaan. Kun lääkäri on saavuttanut korkeimman palkkaluokan, ei ole enää taloudellista kannustinta, joka motivoisi tekemään parhaansa potilaan hyväksi. Tietenkin etiikka ja halu huolehtia potilaista voivat edelleen olla vahvoja motiiveja.

Eräässä yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa lääkärit satunnaistettiin kahteen ryhmään, joista toinen sai kuukausipalkkaa ja toinen suoriteperusteista palkkaa. Suoriteperusteisen ryhmän lääkärit määräisivät potilaillensa enemmän seurantakäyntejä potilasta kohti kuin kuukausipalkkaa saavan ryhmän lääkärit. Tutkimuksen tuloksissa ei kerrottu, oliko eroja tehtyjen toimenpiteiden tai potilaiden terveydentilan välillä. Lääkäriyön korvausperusteita selvittäneet Donaldson ja Gerard (1993) eivät pystyneet tätä yhdysvaltalaista tutkimusta lukuunottamatta löytämään muuta huolella toteutettua tutkimukseen perustuvaa tietoa siitä, miten kuukausipalkka vaikuttaa palveluiden kokonaiskäyttöön tai tiettyjen potilasryhmien palvelujen käyttöön.

Vuonna 1990 Portugalissa lääkäreille tarjottiin aiempaa suurempaa kuukausipalkkaa, jos he suostuivat siihen, etteivät he työskentele julkisen työnsä ohella yksityisellä sektorilla. Noin 15 prosenttia sairaalalääkäreistä ja 60 prosenttia yleislääkäreistä suostui tähän. Ne, jotka suostuivat tähän, olivat joko iäkkämpiä (suuremmat tulot nostivat eläkettä) tai nuoria lääkäreitä, jotka pitivät yksityisvastaanoton perustamista vaikeana. Kuukausipalkan korotuksella tavoiteltiin sitä, että jonot lääkäriasemille vähenisivät, kun lääkärit eivät tulisi myöhään töihin ja lähtisi aikaisin pitämään yksityisvastaanottoa.

Kapitaatio

Kapitaatioperusteisessa järjestelmässä (engl. capitation) lääkäri saa tietyltä ajanjaksolta ennalta määritellyn korvauksen jokaisesta hänelle listautuneesta asiakkaasta. Kapitaation suuruutta määriteltäessä otetaan yleensä huomioon lääkärille listautuneen väestön ikä- ja sukupuolijakauma. Myös aluepoliittisia tekijöitä voidaan sisällyttää määrittelyperusteisiin (syrjäseudun lääkäreille voidaan maksaa suurempi korvaus).

Kapitaatio on käytössä muun muassa Englannissa (lisäksi maksetaan eräitä lisä- ja suoritepalkkioita tietyistä toimenpiteistä), Irlannissa, Italiassa (lisäksi palkkioita eräistä suoritteista), Hollannissa (lukuun ottamatta yksityisesti vakuutettuja potilaita sekä julkisen sektorin työntekijöitä). Kapitaatiota käytetään lähinnä perusterveydenhuollossa.

Kapitaation hyviä puolia on, että kokonaiskustannuksia pystytään hallitsemaan. Lisäksi kapitaatio kannustaa lääkäreitä työskentelemään siten, että asiakkaita listautuu heille, koska lääkäreiden saama korvaus riippuu listautuneiden potilaiden lukumäärästä. Kapitaatio antaa myös asiakkaille mahdollisuuden valita oma lääkäriinsä, silloin kun on vapaa listautuminen. Kapitaation eduksi katsotaan myös, että se kannustaa pysyviin hoitosuhteisiin potilaan ja

lääkärin välillä. Tällöin henkilön sairastuttua ”kaikkea ei tarvitse aloittaa alusta”.

Kapitaatiossa ei ole yhteyttä annettujen palvelujen ja taloudellisen palkkion välillä. Näin ollen taloudelliset yllykkeet eivät aiheuta vääristymiä ammatilliseen tietämykseen perustuvaan päätöksentekoon. Lisäksi kapitaatio saattaa kannustaa ennaltaehkäisevään hoitoon, jolloin lääkärin listalla olevat asiakkaat ovat terveempiä ja siten helpottavat lääkärin työpanosta.

Kapitaatiossa on kuitenkin mahdollista, että lääkärille listautuu liikaa potilaita, jolloin lääkäri ei paneudu yksittäisten potilaiden ongelmiin riittävästi. Lääkäri saattaa pyrkiä minimoimaan potilasta kohti käyttämäänsä vastaanottoaikaa ja kirjoittaa paljon reseptejä. Kuukausipalkkauksen tavoin kapitaatio saattaa yllyttää lähettämään potilaita liian herkästi jatkohoitoon erikoissairaanhoidon. Kapitaatiojärjestelmän heikkoutena on myös, että lääkäri pyrkii välttämään suuren riskin potilaiden, kuten vanhusten ja kroonisesti sairaiden, hakeutumisesta listoilleen ja suosimaan helpompihoitoisia potilaita tai että lääkäri muulla tavoin pyrkii vaikuttamaan asiakkaiden listautumiseen (esimerkiksi suhtautumalla penseästi kroonisesti sairaisiin).

Kapitaation mahdollisia haittoja lieventää se, että potilaat voivat halutessaan vaihtaa lääkäriä (edellyttäen, että ei ole pakkolistautumista). Potilaiden vaihtaessa lääkäriä myös ”raha seuraa potilasta”. Lääkärin kannalta on olemassa riski, että hän menettää tulojaan ja saa ehkä kolauksen ammattiylpeydelleen, jos potilaat ovat tyytymättömiä häneen. Edellä mainitun Donaldsonin ja Gerardin selvityksen mukaan ei ole juurikaan tutkimustietoa siitä, mitä potilaat ottavat huomioon arvioidessaan ja valitessaan omaa lääkäriään.

Englannissa kapitaatioon liittyviä ongelmia kuten turhia läheteitä erikoissairaanhoidon, on pyritty ratkaisemaan muodostamalla tulostavuuksellisia ryhmäpraktiikoita (GP fundholding). Ryhmittymälle annetulla budjetilla sen pitää hankkia ja rahoittaa myös tavanomaisia sairaalapalveluja. Äskettäinen hallituksen lakiesitys on kuitenkin poistamassa ryhmäpraktiikat.

Turhia läheteitä erikoissairaanhoidon voidaan pyrkiä vähentämään myös yhdistämällä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rahoitus samaan organisaatioon. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rahoitus on yhdistetty esimerkiksi Yhdysvalloissa toimivissa Health Maintenance-organisaatioissa ja Englantiin kaavailuissa perusterveydenhuollon ryhmittymissä (Primary Care Groups).

3.3. Lisäpalkkiot

Peruspalkan tai muiden perusansioiden lisänä lääkäreille voidaan maksaa erilaisia lisiä ”hyvästä potilaiden hoidosta”, tehokkaasta toiminnasta tai kun halutaan edistää tietyn tavoitteen toteutumista (esimerkiksi rokotushjelman tai lääkkeiden määräämiseen liittyvien tavoitteiden toteutumista).

Tutkimuksissa on osoitettu, että myös lisäpalkkioilla on vaikutusta lääkäreiden työskentelyyn. Lisäpalkkiot on kuitenkin tärkeää muovata siten, että ne kannustavat niemenomaan hyvään potilaiden hoitoon eivätkä pelkästään siihen, että ”potilaille tehdään enemmän”. Tietenkin hyvän hoitokäytännön määrittäminen on ongelmallista. Tämä edellyttää erilaisten standardien asettamista ja työn monitorointia. Toisaalta valvonta lisää hallintokuluja.

Siitä, miten verrokkien käyttäminen vaikuttaa lääkäreiden työskentelyyn, on vähän tietoa. Niukka tutkimustieto viittaa siihen, että lääkäreille jaetun tilastotiedon jakamisella ei ole juurikaan ollut vaikutusta heidän ja kollegojensa labo-

ratoriopalveluiden käyttöön. Mutta on myös raportoitu, että jos tämäntapainen tieto kytketään koulutusohjelmaan, saattaa menettely vaikuttaa laboratorio-
palvelujen käyttöön.

3.4. Korvausperusteiden yhdistelmä

Koska mikään edellä kuvatuista korvausperusteista (suoriteperusteinen palkkio, kuukausipalkka, kapitaatio) ei ole ihanteellinen, on korvausperusteita ha-
luttu yhdistää. Tavoitteena on tällöin ollut vähentää suoriteperusteisen palk-
kioon liittyvää kustannusten hillintäongelmaa ja toisaalta kuukausipalkkaan
liittyvää motivaatio-ongelmaa.

Niissä maissa, joissa suoriteperusteinen palkkio on ollut käytössä, suuntaukse-
na on ollut kokonaiskustannusten rajoittaminen, ei niinkään pyrkimys yhdis-
tellä eri korvausperusteita. Sen sijaan maissa, joissa kuukausipalkka tai kapi-
taatio on ollut yleinen korvausperuste, on ollut nähtävissä suuntausta kor-
vausperusteiden yhdistelmiin siirtymistä kuten eräissä Ruotsin maakunnissa ja
Norjassa. Sopivasta korvausperusteiden yhdistelmästä ei ole toistaiseksi ole-
massa tieteellistä näyttöä.

Taloudellisten yllykkeiden vaikutuksia lääkäreiden käyttäytymiseen on usein
vaikea tietää ennakolta. Voi olla, että suunniteltu yllyke johtaa toivottuun tu-
lokseen tai sitten ei. Ne toimijat, joihin yllykkeet yritetään kohdistaa, saattavat
voida manipuloida niitä. Yllykkeitä on myös vaikea koordinoita ja niihin liit-
tyy huomattavia hallinto- ja säätelykustannuksia.

Terveydenhuollon uudistuksia Euroopan maissa käsittelevässä Maailman ter-
veysjärjestön julkaisussa on esitetty seuraava, J.C. Robinsonin toteamus:

"Jokainen askel kohti prospektiivista korvausta lisää yllykkeitä liian vähäiseen hoitoon ja riskien valikointiin. Jokainen askel takaisinpäin retrospektiiviseen korvaukseen elvyttää perinteiset yllykkeet hoitokäytäntöihin, joissa ei välitetä kustannuksista. Eri korvausperusteiden yhdistelmä olisi suositeltava... mutta viime vuosien kokemus on osoittanut, että ongelmia ei ratkaista yksinomaan rahallisin korvausmenettelyin." (lähde: European Health Care Reforms, Analysis of Current Strategies, 1997).

4. Lopuksi

Ihannetapauksessa lääkäreille maksettava korvaus perustuu hoidollisen lopputuloksen saavuttamiseen eli väestön ja potilaiden terveydentilan parantumiseen. Pitäisikin löytää keino, jolla lääkäreitä palkitaan sen mukaan, miten he työskentelevät koko terveydenhuoltojärjestelmän tavoitteiden saavuttamiseksi eli miten paljon ja miten hyvin he edistävät väestön terveyttä. Voidaan pitää epäreiluna, että lääkärit, jotka hoitavat potilaitaan väestönsä tarpeiden mukaan, ansaitsevat saman verran tai jopa vähemmän kuin heidän kollegansa, joiden antama hoito on laadultaan ja vaikuttavuudeltaan heikompaa.

Taulukkoon 1 on koottu yhteenveto eri korvausperusteiden vahvuuksista ja heikkouksista. Päähavaintoina eri korvausperusteista voidaan todeta seuraavaa:

Suoriteperusteisen korvauksen vahvuuksina on se, että se kannustaa tuottavuuteen sekä antaa potilaille mahdollisuuden valita hoitava lääkäriinsä. Heikkouksina sen sijaan voidaan pitää siihen liittyviä vaikeuksia hillitä kustannuksia ja yllykkeitä tarjota tarpeettomia hoitotoimenpiteitä. **Kuukausipalkan** hyviä puolia ovat hallinnollinen yksinkertaisuus ja kustannusten hillintä. Kuukausipalkan haittapuolia on se, että se ei sisällä yllykkeitä tuottavuuteen ja painutumiseen yksittäisten potilaiden ongelmiin. **Kapitaation** vahvuudet ovat

jokseenkin samat kuin kuukausipalkan. Näiden lisäksi kapitaation hyvinä puolina ovat hoidon jatkuvuus sekä kannustin työskennellä siten, että asiakkaita listautuu lääkärille (olettaen, että asiakkailla on vapaa listautuminen). Kapitaatio heikkoudet ovat jokseenkin samat kuin kuukausipalkan.

Mikään korvausperusteista ei siis ole täydellinen. Kussakin on omia vahvoja piirteitä puoleen tai toiseen. Korvausperusteiden yhdistäminen voi mahdollisesti auttaa eteenpäin. Tällöin voidaan vähentää yksittäisen perusteen negatiivisia vaikutuksia. Tutkimukset viittaavat lisäksi siihen, että perusterveydenhuollon lääkäreiden kapitaatiopalkkaus yhdistettynä portinvartijuuteen hillitsee terveydenhuollon kokonaiskustannuksia parhaiten.

Usein joudutaan kuitenkin tasapainoilemaan eri tavoitteiden ja vaikutusten välillä, tai sitten joudutaan luopumaan jostakin tavoitteesta toisen kustannuksella. Tällöin on ratkaistava, mitä tavoitetta pidetään tärkeänä ja kuinka tärkeänä, oli se sitten hoidon jatkuvuus tai kustannusten hillintä.

Eri korvausperusteisiin sisältyvien yllykkeiden vaikutukset riippuvat viime kädessä myös koko toimintaympäristöstä. Rahalliset korvausmenettelyt ovat vain yksi lääkäreiden käyttäytymistä säätelevistä tekijöistä. Etiikka, jatkokoulutus, lainsäädäntö, ammatillinen ylpeys, virikkeinen työympäristö, benchmarking ja mahdolliset muut tekijät ovat myös erittäin merkityksellisiä lääkäreiden toimintaa ja käyttäytymistä sääteleviä tekijöitä.

Taulukko 1. Eri korvausperusteiden vahvuudet ja heikkoudet

KORVAUS- PERUSTE	VAHVUUDET	HEIKKOUEDET
Suoriteperusteinen korvaus	Lääkärin ansiot perustuvat työ- määrään	Kustannusten hillintä vaikeaa ja kallista
	Lääkärin tekemät tutkimukset ja toimenpiteet eriteltävissä	Yllyttää tarpeettomiin tutkimus- ja hoitotoimenpiteisiin
	Asiakkailla /potilailla valinnanva- pautta	Ei kannusta tehtävien delegointiin
	Kuukausipalkka	Potilaiden toivomuksia ei ehkä oteta huomioon
	Hallinnollisesti yksinkertainen	Ei yllykettä riittävään yksittäisten potilaiden ongelmiin paneutumi- seen (jos paljon potilaita)
	Yksittäisiä tapauksia tai hoitotoi- menpiteitä ei tarvitse määritellä ja hinnoitella	Ei yllykettä tuottavuuteen ja mah- dollisimman hyvään hoitoon
Kapitaatio	Kustannukset etukäteen tiedossa	Alttius lähettää potilaita jatkohoi- toon
	Voi edistää aluepoliittisia tavoittei- ta	Vaikea eritellä lääkärin tekemiä töitä
	Hallinnollisesti yksinkertainen	Yllyke valita pienen riskin asiak- kaita ja välttää suuren riskin asiak- kaita
	Yksittäisiä tapauksia tai hoitotoi- menpiteitä ei tarvitse määritellä ja hinnoitella	Ei yllykettä riittävään yksittäisten potilaiden ongelmiin paneutumi- seen (jos paljon potilaita)
	Kustannukset etukäteen tiedossa	Alttius lähettää potilaita jatkohoi- toon
	Voi edistää aluepoliittisia tavoittei- ta	Vaikea eritellä lääkärin tekemiä töitä
	Kannustaa työskentelemään siten, että asiakkaita listautuu (jos vapaa listautuminen)	
	Asiakkailla valinnanvapautta (jos vapaa listautuminen)	
	Hoitosuhteet pysyviä	

Kirjallisuusluettelo

Abel-Smith, B. (1994). *An Introduction to Health: Policy, Planning and Financing*. Longman, New York.

Bloor, K., A. Maynard (1998). *Rewarding Health Care Teams – A Way of Aligning Pay to Performance and Outcomes*. British Medical Journal, Vol. 316, p. 569.

Donaldson, C., K. Gerard (1993). *Economics of Health Care Financing – The Visible Hand*. The Macmillan Press Ltd.

Goldsmith L., M. Mäkelä (1994). *Paying the Piper and Calling the Tune: Principles and Prospects for Reforming Physician Payment Methods in Canada*. McMaster University.

Hickson E.B., W.A. Altemeier, J.M. Perrin (1987). *Physician Reimbursement by Salary or Fee-for-Service: Effect on Physician Practice Behaviour in a Randomized Prospective Study*. Paediatrics, 80:344-350.

Krasnik, A., P.P. Groenewegen, P.A. Pedersen, P. v. Scholten, G. Mooney, A. Gottschau, H.A. Flierman, M.T. Damsgaard (1990). *Changing Remuneration Systems: Effects on Activity in General Practice*. British Medical Journal Vol. 300:1698-701.

OECD (1994). *The Reform of Health Care Systems*. Health Policy Studies, No. 5, Paris.

OECD (1995). *New Directions in Health Care Policy*. Health Policy Studies, No. 7, Paris.

OECD (1996). *Health Care Reform – The Will to Change*. Health Policy Studies, No. 8, Paris.

Saltman, R.B., J. Figueras, (eds.), (1997). *European Health Care Reforms – Analysis of Current Strategies*. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen.

Saltman, R.B., J. Figueras, C. Sakellarides (1997). *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Open University Press, Buckingham, Philadelphia.

Secretary of State for Health (1997). *The New NHS*. Stationary Office, London.

Sosiaali- ja terveysministeriö. *Terveysthuolto 2000-luvulle, Terveysthuollon kehittämisprojektin toimeenpano*. Oppaita 1998:5.

Suomen Lääkärilehti. *Lääkäriliiton valtuuskunta 11.-12.12.98*. 1-2/99 vsk 54, s. 108.

Vienonen M. (1996). *Health Care Reforms on the European Scene*. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen.

Warden, J. *Bill Paves Way for New Round of NHS Changes*. British Medical Journal, Vol. 347, p. 347.

Warden, J. (1998). *NHS Pay Structure to Be Overhauled*. British Medical Journal, Vol. 318, p. 484.

World Development Report (1993), Investing in Health. Published for the World Bank by Oxford University Press.

LIITE 1

Perusterveydenhuollon lääkäreiden työn korvausperusteet eräissä OECD-maissa¹

Kommentti [ATe1]:

Maa	Korvausperuste
Australia	Suoriteperuste
Belgia	Suoriteperuste
Englanti	Kapitaatio
Espanja	Kuukausipalkka/kapitaatio
Hollanti	Suoriteperuste, jos asiakkaalla suuret tulot; kapitaatio, jos pienet
Irlanti	Suoriteperuste, jos asiakkaalla suuret tulot; kapitaatio, jos pienet
Islandi	Kuukausipalkka
Italia	Kapitaatio
Itävalta	Suoriteperuste
Japani	Suoriteperuste
Kanada	Suoriteperuste
Kreikka	Kuukausipalkka
Luxemburg	Suoriteperuste
Norja	35 % kuukausipalkka, 65 % suoriteperuste
Portugali	Kuukausipalkka
Ranska	Suoriteperuste
Ruotsi	Kuukausipalkka
Saksa	Suoriteperuste
Suomi	Kuukausipalkka (paitsi omalääkäreillä)
Sveitsi	Suoriteperuste
Tanska	28 % kapitaatio, 63 % suoriteperuste, 9 % muut perusteet
Yhdysvallat	Suoriteperuste

¹ Lähde: OECD (1994). *The Reform of Health Care Systems*. Health Policy Studies, No. 5.

LIITE 2

Erikoislääkäreiden työn korvausperusteet eräissä Euroopan maissa²

Maa	Korvausperuste
Belgia	Erikoissairaanhoidon avohoidossa suoriteperuste
Englanti	Kuukausipalkka
Espanja	Kuukausipalkka
Itävalta	Yksityiset sopimukset sairaalan kanssa, lääkärit saavat osan potilaiden maksamista ylimääräisistä maksuista
Kreikka	Kuukausipalkka, suoriteperuste yksityisellä sektorilla
Norja	Kuukausipalkka
Portugali	Kuukausipalkka
Ranska	Julkisissa sairaaloissa kuukausipalkka; huomattava osa lääkäreistä toimii lisäksi yksityisesti tai avohoidossa, jolloin he saavat suoriteperusteisen palkkion
Ruotsi	Kuukausipalkka
Saksa	Kuukausipalkka julkisissa sairaaloissa, suoriteperuste yksityisissä sairaaloissa
Suomi	Kuukausipalkka
Sveitsi	Erikoissairaanhoidon avohoidossa suoriteperuste
Tanska	Kuukausipalkka

² Lähde: Vienonen, M. (1996). *Health Care Reform on the European Scene*. World Health Organization, Regional Office for Europe.